

DOR ANAL NA INFÂNCIA

Eduardo Castilhos R. Corrêa¹
Fernando Antônio Rodrigues Corrêa²
Antero Scherer³

RESUMO

A dor anal na infância foi investigada em 7.241 pacientes da Clínica Particular do Prof. Fernando Antônio Rodrigues Corrêa – Santa Maria – RS, onde estiveram em consulta 302 crianças no período de 1971 – 1982, constituindo um percentual de 4,17% das consultas proctológicas.

Constatou-se que as consultas predominaram entre 0 – 7 anos, sexo masculino, cor branca, sendo 54 casos (18%) com queixa de dor anal. A patologia que mais evidenciou esse sintoma foi a fissura anal predominando entre os 4 – 11 anos com 19 casos. Com base no estudo estatístico relacionando a faixa etária e o sintoma, orienta-se a determinadas patologias que mais comumente manifestam-se por dor na região anal.

Foram estudados, de maneira retrospectiva, 7.241 prontuários do Serviço de Proctologia do Prof. Fernando Antônio Rodrigues Corrêa, em Santa Maria – RS. Destes, 302 (4,17%) eram pacientes pediátricos. A faixa etária estudada compreendeu entre 0 e 15 anos. O número de consultas foi mais ou menos bem distribuído nas diferentes idades, sendo 166 crianças do sexo masculino e 136 do sexo feminino.

A dor anal incidiu em 54 casos do total das crianças atendidas (10%). Também teve alta incidência outros sintomas tais como o sangramento, constipação e incontinência.

A doença mais freqüente nessa amostra foi a fissura anal seguida pela doença hemorroidária, condiloma acuminado, trombose hemorroidária e abscesso de margem anal.

Todas as idades são suscetíveis de manifestação das doenças proctológicas com sensação dolorosa no ânus. As crianças, por sua vez, não devem ser excluídas. O nosso objetivo é demonstrar o valor desse sintoma – dor – como razão de consulta pelo paciente pediátrico relacionando-o com as diversas patologias proctológicas.

Previamente faremos um pequeno estudo da fisiopatologia da dor nas patologias diagnosticadas e nas quais esse sintoma foi manifestado.

Revisão da inervação sensitiva do ânus

A inervação sensitiva do ânus é feita por fibras aferentes que partem do ânus e períneo e, através do nervo pudendo (juntamente com vias somáticas eferentes) alcançam a medula pelas raízes posteriores de S2, S3 e S4. A partir da medula

1 Acadêmico do 5^o ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. Interno do Serviço de Proctologia da UFSM

2 Professor Adjunto da Disciplina de Proctologia da Universidade Federal de Santa Maria. Chefe do Serviço de Proctologia da UFSM

3 Médico do Serviço de Proctologia da Universidade Federal de Santa Maria

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

sobem pelo corno posterior e, estabelecendo conexões ao nível do tálamo e hipotálamo com os núcleos autônomos, alcançam o córtex cerebral.

Fissura anal

A fissura anal é uma das mais comuns patologias anorretais que acometem a infância. Está freqüentemente associada com história de constipação, dor à defecação e sangramento. Ao exame vê-se orifício anal que estará inflamado com uma fissuração superficial da pele. Freqüentemente é lateral, enquanto no adulto geralmente é posterior (Fig. 1).

Segundo *J. Duhamel*, distingue-se fissura anal de erosões e lacerações marginais, laterais e múltiplas que se observam nos casos de constipação ou de lesões cutâneo-mucosas importantes da margem anal da criança. Essas últimas são de ocorrência comum nas crianças mais jovens e nas quais a dor e a contratura anal são manifestações menos intensas. Na infância, a fissura anal é comissural com igual possibilidade de ocorrer na comissura anterior ou posterior, ou pode ser bicomissural, isto é, em ambas as comissuras ao mesmo tempo. Tendem a cronificar-se e são mais comuns nas crianças maiores.

A dor da fissura tem as características de ser principalmente em "queimação" e inicia junto ou em seguida após a passagem das fezes pelo

orifício anal; aumenta de intensidade atingindo um pico e decresce até seu alívio quase total. Isto dura em torno de 20 minutos podendo chegar até uma ou duas horas. Deve-se à irritação dos filetes nervosos expostos na ulceração da fissura e conseqüente espasmo muscular.

Doença hemorroidária

Tem sido observado que hemorróidas não são freqüentes em crianças. Assim como é verdadeiro para a fissura, a doença hemorroidária freqüentemente acompanha-se de constipação. Sintomas são refletidos pela anatomia alterada com sangramento, mucoprodução e dor. Considerando-se somente hemorróidas internas atribui-se o sintoma dor como conseqüência de uma anite gerada pela constante umidade do ânus devido à mucoprodução local abundante gerando uma dor geralmente "em ardência" pela lesão perianal desencadeada.

Abscesso de margem anal

A formação de abscesso é freqüentemente vista na infância pelo proctologista ou cirurgião geral.

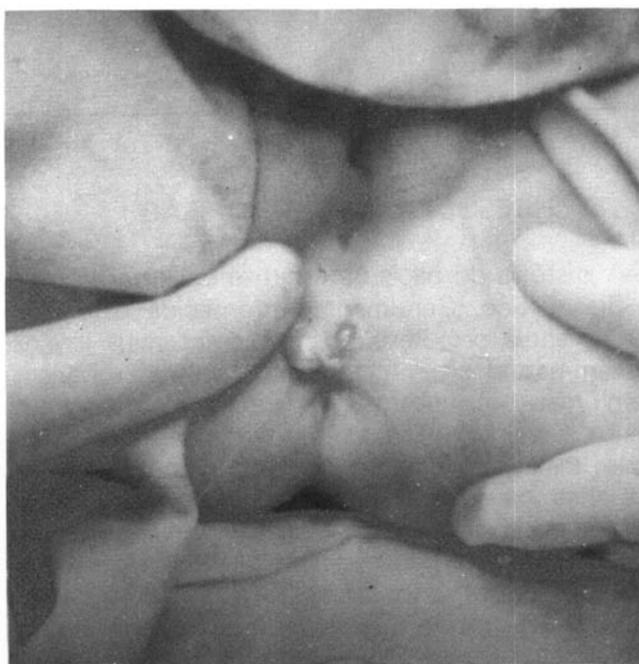


Fig. 1 – Fissura anal.

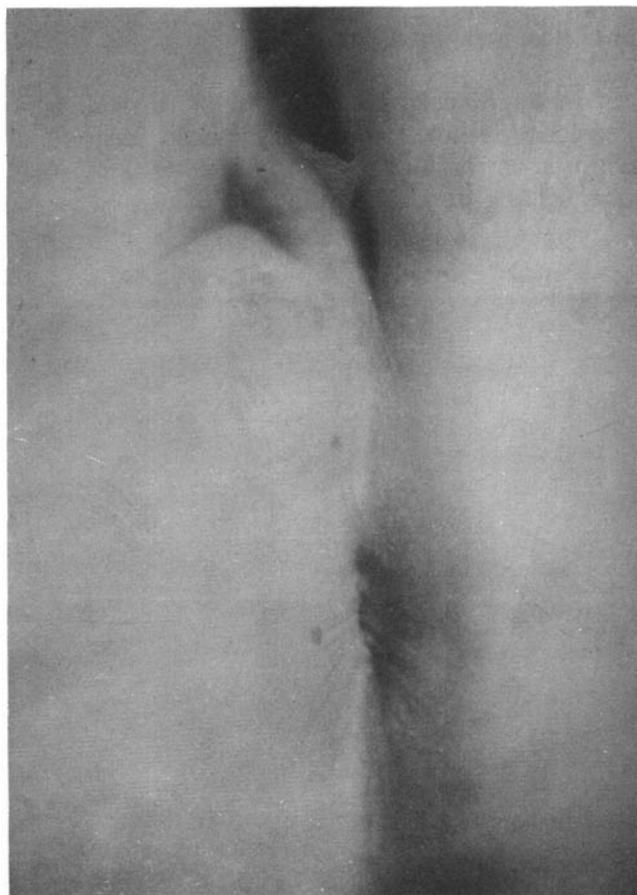


Fig. 2 – Abscesso de margem anal.

São bem conhecidos esses abscessos com fístulas perianais originadas de uma cripta anal infectada e inflamada (**Fig. 2**).

Inicialmente, quando só existe a criptite, o paciente queixa-se de uma sensação de peso no ânus ou uma dor surda que se acentua com a evacuação. De acordo com a sua localização, ocorre um tipo de sintomatologia, porém o abscesso isquiorretal é o mais dramático. A dor domina o sintoma e é seguida de febre e mal-estar geral. Com a localização da coleção purulenta num dos quadrantes da região anal aparecem o tumor, rubor e calor. Caracteriza-se por ser uma dor surda ou latejante, constante e intensa.

Trombo hemorroidário

O trombo hemorroidário, complicação da hemorróida externa, apresenta-se como uma tumefação dolorosa, de coloração azulada, indo desde o tamanho de uma ervilha até de uma azeitona. Pela palpação notam-se um ou mais nódulos duros, dolorosos, pouco aderentes aos tecidos vizinhos. A dor aumenta com a tosse, espirro ou esforço para evacuar.

Condiloma acuminado

É uma infecção viral e a dor ocorre pela maceração da pele perianal e infecção secundária devido às verrucosidades produtoras de uma substância ácida e irritante à pele (**Fig. 3**).

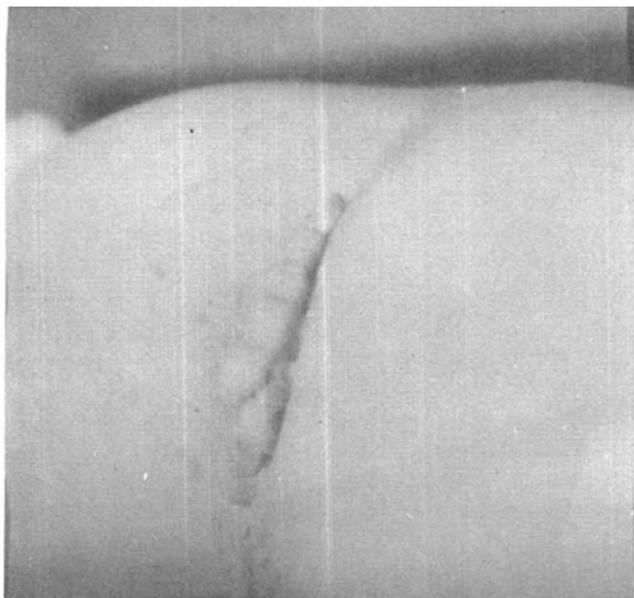


Fig. 3 – Condiloma acuminado

MATERIAL E MÉTODOS

No estudo de pesquisa foram revisados 7.241 prontuários de forma retrospectiva em consulta no Serviço de Proctologia Particular do Prof. Fernando Antônio Rodrigues Corrêa, no período de 1971 a 1982. Deste total, 302 eram crianças (4,17%) analisadas na faixa etária compreendida entre 0 e 15 anos, sendo que dessas, 54 (18%) apresentaram a dor anal como sintoma de importância na consulta. Predominou o sexo masculino com 166 pacientes contra 136 do sexo feminino e, de cor branca 291 crianças para 11 de cor preta.

Foi feita coleta de todos os sintomas dos quais predominaram o sangramento nas evacuações (119), saída de tecido pelo ânus (30), constipação e diarreia além da dor que já mencionamos. Relacionamos a dor anal às patologias diagnosticadas e que manifestaram esse sintoma.

Tabela 1

Sexo	
Masculino	166
Feminino	136
Total	302

Tabela 2

Cor	
Branca	291 casos
Preta	11 casos
Total	302 casos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história do paciente é muito importante para o diagnóstico. Geralmente é fornecida pela mãe ou parentes próximos nos pacientes mais jovens (recém-nascidos e lactentes). Algumas crianças com mais de quatro anos complementam com maior precisão a anamnese; em outras ocasiões seria mais conveniente obter a história sem a presença da mãe ou parentes, pois a influência destes pode alterar as respostas das crianças. A história contada pelos pacientes nos revelou a dor anal apresentar-se de duas formas: uma relacionada às evacuações (34 casos) e outra sem relação com as evacuações (20 casos).

Devem-se citar outros sintomas que também acompanham a dor ou que fizeram parte também

da queixa desses pacientes, os quais descrevemos na **Tabela 3**.

Tabela 3

Sinais e sintomas	Nº de pacientes
1) Supuração pelo ânus	7
2) Descarga de muco	8
3) Prurido	12
4) Sangramento às evacuações	119
5) "Carocinho" no ânus	30
6) Massa que sai pelo ânus	48
7) Orifício com saída de pus na margem anal	6
8) Tumoração na margem anal	6
9) Perda de fezes	28
10) Constipação	40
11) Diarréia	11
12) Verminose	3
13) Dor abdominal	8
14) Eliminação do pólipó	2
15) Drenagem de secreção na região sacrococcígea	5
16) Imperfuração anal	1
17) Dor anal	
– Relação com evacuações	34
– Sem relação com evacuações	20

Baseado no estudo dos pacientes pediátricos da Clínica de Proctologia, estes distribuíram-se nas diferentes faixas etárias segundo demonstra-se a seguir.

Tabela 4

Faixa etária	Nº de casos
0 – 1 ano	41 crianças
2 – 3 anos	51 crianças
4 – 5 anos	47 crianças
6 – 7 anos	37 crianças
8 – 9 anos	34 crianças
10 – 11 anos	25 crianças
12 – 13 anos	24 crianças
14 – 15 anos	43 crianças
Total	302 crianças

Com isso verificamos haver certa proporção na distribuição dos pacientes nas faixas etárias, com ligeiro predomínio da primeira metade (0 – 7 anos).

As patologias foram muito variadas e podemos demonstrar na **Tabela 5** os diagnósticos obtidos nesses 302 casos atendidos.

Tabela 5

Patologia	Nº de pacientes
1) Doença hemorroidária	20
2) Doença pilonidal sacrococcígea	12
3) Fissura anal	28
4) Fístula perianal	12
5) Gonococcia anal	1
6) Prurido anal	3
7) Abscesso de margem anal	3
8) Encoprese	8
9) Dolicocólon	8
10) Dermatite perianal	1
11) Feecaloma	3
12) Corpo estranho	1
13) Megacólon	6
14) Prolapso	11
15) Criptite	2
16) Procidência	1
17) Papila hipertrofiada	6
18) Papilite	2
19) Colopatia (funcional, colite)	13
20) Plicoma	3
21) Retite	4
22) Sem diagnóstico	72
23) Trombo hemorroidário	5
24) Pólipo retal	47
25) Condiloma acuminado	16
26) Retorragia	12
27) Parasitose	2
Total	302

CONCLUSÃO

Algumas patologias tiveram a dor na queixa principal do paciente tal como a doença hemorroidária predominando entre 12 – 13 anos de idade. O abscesso de margem anal, o condiloma acuminado de margem anal e o trombo hemorroidário também manifestaram dor anal e tiveram sua maior incidência entre 14 – 15 anos. Porém esse sintoma predominou em número de casos diagnosticados, como fissura anal que teve maior incidência nos dois primeiros anos de vida, decrescendo até os sete anos e, a partir de então, ascendeu novamente até 12 anos de idade. Isto é observável na **Fig. 4**.

A dor anal, em pediatria, se apresentou distribuída nas diferentes faixas etárias estudadas com um número mais diversificado de patologias com essa queixa entre 14 e 15 anos, e nas demais idades houve uma patologia predominante como se observa na **Tabela 6**.

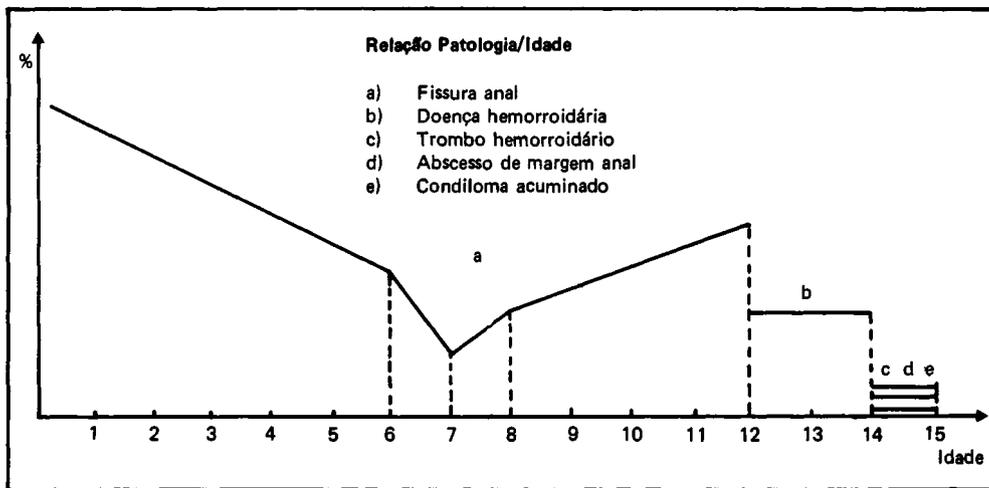


Fig. 4

Como pudemos verificar, foram múltiplos os sintomas referidos pelos pacientes em consulta. Analisando as patologias nas quais houve referência de dor anal relacionada, ou não, com as

Tabela 6

Queixa principal – Dor anal		
Idade	Casos	Patologia
0 – 1 ano	9	Fissura anal
2 – 3 anos	8	Constipação/fissura anal
4 – 5 anos	7	Fissura anal
6 – 7 anos	1	Fissura anal
8 – 9 anos	5	Fissura anal
10 – 11 anos	6	Fissura anal
12 – 13 anos	5	Doença hemorroidária
14 – 15 anos	13	Trombo/cond. acuminado/ abscesso
Total	54	

evacuações, podemos notar, seguindo a observação da Fig. 5, que na totalidade dos casos de fissura e abscesso de margem anal houve queixa de dor anal, enquanto nas demais houve maior ou menor número de outras queixas.

Com base em nosso estudo, concluímos ainda que a dor, que como sabemos é um sintoma subjetivo e, às vezes, de difícil caracterização, quando manifestada pelos pacientes proctológicos da faixa etária da infância, pré e adolescência, nos orienta a favor de determinadas patologias como a estatística desse trabalho demonstra, sem esquecer que as patologias são muitas e podem ter variantes em suas manifestações de acordo com o organismo que acomete, ou a complicações que dela advenham.

SUMMARY

The anal pain in childhood was investigated in 7,241 patients of the Prof. Fernando Antônio Rodrigues Corrêa's Private Clinic in Santa Maria, RS, where 302 children were consulted from 1971 to 1982 that constituted 4.17% of all proctological consultations.

We noticed that the majority of patients were from 0 to 7 years old, males, whites, in which 54 cases (18%) complaining mainly of anal pain.

The pathology more frequent with this symptom was the anal fissure (19 cases) which most of patients were from 4 to 11 years old.

According to age and the symptom, the statistic study is guided to certain pathologies which more commonly show up by anal pain.

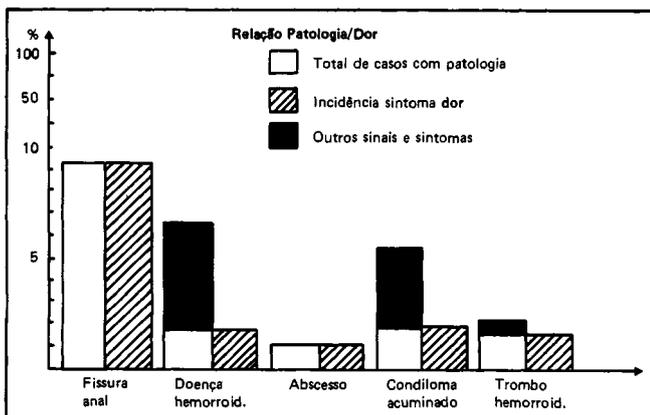


Fig. 5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECK RA & TURELL R – Pediatric Proctology. Surg Clin North Am, 52: 1055, 1972.
2. DUHAMEL J – Affections non congénitales de L'Anus et du rectum chez l'enfant. Ed. VI. Masson et Cie. Editeurs, pp. 67-77-165, 1958.
3. GOLIGHER JC – 4th Edition – Edit. Baillière Tindal. Surgery of the Anus, Rectum and Colon, pp. 137-146, 1981.
4. GORSCH RV – Proctology Anatomy – Ed. 2 – Baltimore, The Williams & Wilkins Company, p. 127, 1955.
5. MORSON BC – Enfermedades del colon, recto y ano – Edit. JIMS, Barcelona, pp. 15-329-341-347, 1972.
6. NUNES W – Doenças do reto e ânus – Ed. Manole, pp. 31-103-119, 1981.
7. O'CONNOR JJ – Pediatric Proctology – in Dis. of the Col & Rec, pp. 18-126, 1975.
8. REIS NETO JA – Algias anorretais in Rev Ass Med Brasil, vol. 20, n^o 7, p. 258, julho de 1974.